·论著·

连续性卫生服务视角下我国居家社区医养结合政策效力量化研究

胡哲涛[1]，潘小毅[1，2*]

1.430065 湖北省武汉市，湖北中医药大学管理学院
2.430065 湖北省武汉市，湖北省高校人文社会科学重点研究基地中医药发展研究中心
*通信作者：潘小毅，副教授；E-mail：lordp@126.com

【摘要】 **背景** 提供连续性卫生服务是居家社区医养结合的一项重点任务，政策设计对连续性卫生服务体系构建起到关键作用，但既往研究较少对我国居家社区医养结合的连续性卫生服务政策进行分析。**目的** 了解我国居家社区医养结合领域连续性卫生服务相关政策的特征与不足，为完善居家社区医养结合的连续性卫生服务体系提供政策建议。**方法** 于2024年5月，在北大法宝网站上，以“医养”“养老服务”“老年”“老龄”为标题检索词，检索牵头发布单位为国家级机关（如中共中央、国务院）或医疗领域主管部门（如国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局、国家疾病预防控制局）且发布时间为2000年1月—2024年5月的政策文件，筛选出涉及居家社区医养结合领域连续性卫生服务的政策做为样本（n=41）。基于卫生服务连续性指标体系、政策工具类型、政策效力分值建立三维分析框架，对政策进行量化分析。**结果** 关系连续性、信息连续性、管理连续性指标政策效力分值占比分别为8.62%（264/3 063）、10.61%（325/3 063）、80.77%（2 474/3 063），三级指标的政策效力分值占比与重要性权重严重不匹配，Pearson相关性指数为-0.10（P>0.05）；市场化工具、工商管理技术、社会化手段类政策工具效力分值占比分别为22.62%（693/3 063）、67.29%（2 061/3 063）、10.09%（309/3 063）。总体政策效力平均分值为12.20分，关系连续性、信息连续性、管理连续性政策效力平均分值分别为13.89、16.25、11.67分；市场化工具、工商管理技术、社会化手段政策效力平均分值分别为16.90、11.45、10.30分。总体政策措施和政策目标平均效力分值分别为3.25、2.80分，相差16.07%；总体政策措施和政策目标平均效力分值仅为3.03分，接近具体化临界值3.00分。**结论** 我国居家社区医养结合的连续性卫生服务政策在效力分布、工具选择、具体化方面存在提升空间。建议政策效力科学覆盖卫生服务连续性指标，提升居家社区老人获得感；加大市场化工具使用力度，强化对市场主体经济刺激；平衡政策措施与目标效力，提高政策具体化程度。

【关键词】 医养结合；卫生政策；连续性卫生服务；老年人保健服务；健康老龄化

【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0375

A Quantitative Research on Effectiveness of China's Community-dwelling Integrated Medical and Elderly Care Policy from the Perspective of Health Service Continuity

HU Zhetao[1]，*PAN Xiaoyi*[1，2*]

1.School of Management，Hubei University of Chinese Medicine，Wuhan 430065，China

2.Development Research Center of Chinese Medicine，Key Research Base for Humanities and Social Sciences in Universities of Hubei Province，Wuhan 430065，China

**Corresponding author：PAN Xiaoyi，Associate professor；E-mail：lordp@126.com*

【Abstract】 **Background** Providing continuous health services is a key task in community-dwelling integrated medical and elderly care，policy design plays a crucial role in the construction of continuous health service system，but previous research is limited in analyzing the continuous health service policy of community-dwelling integrated medical and elderly care in China.

基金项目：2023年度湖北省高校人文社会科学重点研究基地“中医药发展研究中心”开放性课题重点项目（ZXZD002）

引用本文：胡哲涛，潘小毅. 连续性卫生服务视角下我国居家社区医养结合政策效力量化研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0375.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

HU Z T，PAN X Y. A quantitative research on effectiveness of China's community-dwelling integrated medical and elderly care policy from the perspective of health service continuity［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

Objective To analyze the characteristics and shortcomings of policies of community-dwelling integrated medical and elderly care in China, and provide policy recommendations for improving the continuous health service system of community-dwelling integrated medical and elderly care. **Method** In May 2024, search policy documents on the website "www.pkulaw.com", using the title keywords "integrated medical and elderly care" "elderly care service" "elder" "ageing", the leading department of introduction is national level (Central Committee of the Communist Party of China, State Council), or competent departments of health service (National Health Commission, National Healthcare Security Administration, National Administration of Traditional Chinese Medicine, or National Disease Control and Prevention Administration), introduced from January 2000 to May 2024, and related to continuous health service of community-dwelling integrated medical and elderly care, select as samples (n=41). Based on the indicators system of continuous health services, policy tool types, and policy effectiveness scores, establish a three-dimensional analysis framework to quantitatively analyze the policies. **Result** The proportion of policy effectiveness scores for the indicators of relationship continuity, information continuity, and management continuity accounted for 8.62% (264/3 063), 10.61% (325/3 063), and 80.77% (2 474/3 063), respectively. The proportion of policy effectiveness scores and importance weights in the tertiary indicators were severely mismatched, with a Pearson correlation index of only -0.10 (P>0.05). The effectiveness scores of market-oriented tools, business management techniques, and socialization methods account for 22.62% (693/3 063), 67.29% (2 061/3 063), and 10.09% (309/3 063), respectively. The overall average score for policy effectiveness is 12.20, while the average scores for policy effectiveness for relationship continuity, information continuity, and management continuity are 13.89, 16.25, and 11.67, respectively. The average scores for the effectiveness of market-oriented tools, business management techniques, and socialization methods policies are 16.90, 11.45, and 10.30, respectively. The average effectiveness scores of policy measures and targets are 3.25 and 2.80, respectively, with a difference of 16.07%. The overall average effectiveness score of policy measures and targets is only 3.03, close to 3.00 which is the critical value of specificity. **Conclusion** There is room for improvement in the effectiveness distribution, tool selection, and specificity of China's continuous health service policy of community-dwelling integrated medical and elderly care. We suggest that the effectiveness of policy should scientifically cover the continuity indicators of health service and enhance the sense of gain of elderly people in home-based communities. Increase the use of market-oriented tools and strengthen economic stimulation for market entities. Balance the effectiveness of policy measures and targets, and improve the specificity of policy.

【Key words】 Integrated medical and elderly care; Health policy; Continuous of health service; Health services for the aged; Healthy aging

“十四五”时期，我国人口老龄化程度将进一步加深，60岁及以上人口占总人口比例将超过20%，进入中度老龄化社会[1]。大力发展居家社区医养结合服务，为“9073”养老格局（即90%左右的老年人居家养老，7%左右的老年人依托社区支持养老，3%左右的老年人在机构养老）下绝大多数在社区和居家养老的老年人提供优质且高效的医养服务是我国积极应对人口老龄化的重要战略选择[2]。居家老年人需要根据健康状况得到医疗、预防、保健服务的全天候持续提供或随时响应，即连续性卫生服务。2022年国家卫生健康委等多部委印发《“十四五”健康老龄化规划》，在主要任务中专门用一节来要求“以连续性服务为重点，提升老年医疗服务水平”[1]。对我国医养结合政策的既往研究，针对的细分领域有农村医养[3]、医养结合机构医生[4]、养老护理员[5]、居家社区医养人力资源[2]、长期护理保险[6]、居家社区医养筹资[7]等，缺乏针对连续性卫生服务的研究；对医养结合领域政策工具的分类方法运用了需求型、供给型和环境型[4-5, 8]，以及强制型、混合型和自愿型[9]，缺乏更深入反映政策作用机制的政策工具分类方法运用；政策效力量化研究仅见于对我国医养结合整体政策的研究[10]，未见针对居家社区医养结合连续性卫生服务方面的政策效力量化研究。本研究弥补现有研究不足，针对我国居家社区医养结合领域连续性卫生服务政策，采用市场化工具、工商管理技术和社会化手段[11]的政策工具分类方法，结合连续性卫生服务指标体系，引用政策效力量化分析方法进行分析，旨在剖析我国居家社区医养结合中连续性卫生服务政策的制定情况与不足之处，从而为我国进一步构建居家社区医养结合的连续性卫生服务体系、切实提升居家社区老年人获得感提供政策优化建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源

于2024年5月，在北大法宝网站上，以“医养”“养老服务”“老年”“老龄”为标题检索词进行检索。纳入牵头发布单位为国家级机关（如中共中央、国务院）或医疗领域主管部委（如国家卫生健康委、国家医疗保障局、国家中医药管理局、国家疾病预防控制局）且发

布时间为2000年1月—2024年5月的政策文件135份，剔除失效、内容重复、未公开、不相关、非医疗主管部委牵头发布的文件后，获得56份文件，涉及居家社区医养结合连续性卫生服务的政策文件41份（表1）。

1.2 研究方法

对政策文件中每项政策工具文本进行编码，作为分析单元，以卫生服务连续性评价指标类型为X维度、政策工具类型为Y维度、政策效力分值为Y维度，建立三维分析框架（图1）进行分析。

1.2.1 X维度：卫生服务连续性指标维度。韦倩晨等[12]在总结国内外卫生服务连续性理论研究成果的基础上，将卫生服务连续性定义为“居民能够基于其健康需要和个人状况，从卫生服务体系中获得连续、全面、适宜的服务并获得满足感”。经过科学论证，建立了卫生服务连续性评价指标体系，包括关系连续性、信息连续性、管理连续性3个一级指标，固定诊疗关系、医患关系质量、信息获取与感知、信息传递与共享、管理一致性、服务灵活性6个二级指标，家庭医生签约服务、就诊集中度、快速应答能力、就诊满意度、健康信息可得性、个人信息可得性、信息互通程度、医疗资源可及性、疾病诊疗连贯性、患者参与度10个三级指标，三级指标的重要性权重依次为0.333、0.135、0.095、0.041、0.114、0.043、0.094、0.083、0.035、0.026[12]。卫生服务连续性各指标中关系连续性的权重最大，在对连续性服务的研究中，在整个概念框架中占有极其重要的地位[12-13]。ROGERS等[14]认为，连续性服务的最大特点是患者到医生处就诊时，患者与医生之间已经形成了较为长期的对彼此的熟悉和信任，这也是关系连续性的体现。FREEMAN等[15]提出卫生服务连续性的最终目标是优化卫生服务利用者就诊体验，就诊满意度也是关系连续性的指标之一。关系连续性是能够直接反映连续性卫生服务效果的指标。管理连续性是连续性卫生服务的机制保障，体现了政策的整体规划。信息连续性是连续性卫生服务的支撑条件。

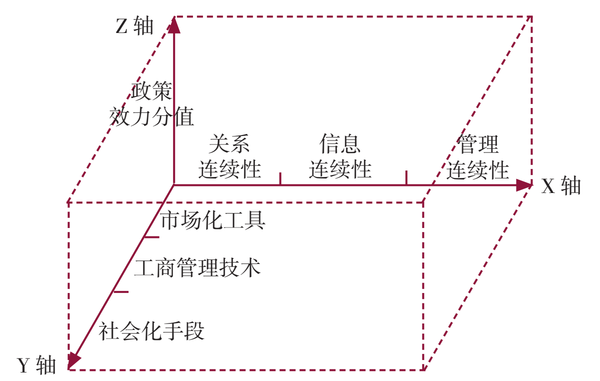


图1 居家社区医养结合连续性卫生服务政策三维分析框架

Figure 1 Three-dimensional analysis framework of continuous health service policy of community-dwelling integrated medical and elderly care

1.2.2 Y维度：政策工具维度。政策工具是政府运用各项资源以达成政策目标的具体手段，是组成政策体系的基本要素。《改革政府》中将政策工具比喻成政府的“箭”[16]。既往针对我国医养结合政策工具的研究多选用Rothwell和Zegveld的分类方法，将政策工具分为供给型、需求型和环境型3类[17]，该分类方法立足于宏观经济学角度，未侧重政策工具在微观上对行业市场主体的驱动作用。国内学者陈振明[18]从政府改革与治理的实践趋势切入，将政策工具分为市场化工具、工商管理技术和社会化手段3大类。我国医养结合事业正处于改革与发展阶段，基于我国医药卫生行业政策的特点及市场主体对政策的应对行为模式，本研究参考陈振明[18]提出的分类方法，市场化工具细化分为民营化、用者付费、管制与放松管制、合同外包、分权与权力下放、内部市场、产权交易等，工商管理技术细化分为战略管理、绩效管理、顾客导向、目标管理、全面质量管理、标杆管理、企业流程再造等，社会化手段细化分为社区治理、个人与家庭、志愿者服务、公私伙伴关系、公众参与及听证会等，该分类方法着重体现了政策工具在微观上对市场主体的激励机理。

1.2.3 Z维度：政策效力维度。参考陈露等[10]在既往

表1 居家社区医养结合连续性卫生服务政策文件样本摘录

Table 1 Excerpt of continuous health service policy of community-dwelling integrated medical and elderly care in the sample library

序号	文件名称	发布号	发布单位	发布时间（年）
1	关于加强老龄工作的决定	中发〔2000〕13号	中共中央、国务院	2000
2	国务院关于加快发展养老服务业的若干意见	国发〔2013〕35号	国务院	2013
3	老年人健康管理技术规范	国卫通〔2015〕14号	原国家卫生计生委	2015
……	……	……	……	……
39	关于印发居家和社区医养结合服务指南(试行)的通知	国卫办老龄发〔2023〕18号	国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局综合司、国家疾控局综合司	2023
40	关于进一步加强中医医院老年病科建设的通知	国中医药医政函〔2023〕263号	国家中医药管理局	2023
41	国务院办公厅关于发展银发经济增进老年人福祉的意见	国办发〔2024〕1号	国务院办公厅	2024

注：……表示受限于版本，未将内容一一列出。

研究基础上建立的医养结合政策量化指标与标准以及医养结合政策效力评估模型，将政策效力划分为政策力度、政策目标及政策措施 3 个维度，根据政策目标及措施的可实践程度确定 3 个维度的赋分范围为 1~5 分。分别利用公式（1）和公式（2）计算每一类政策文本的整体效力与平均效力分值。其中 x 表示政策文本类型，N 表示该类型政策文本总数量，n 表示该类型政策文本第 n 条。$TPEx$ 和 $ATPEx$ 分别表示 x 类政策文本类型的总效力与平均效力，$Goal_n$、$Method_n$ 和 $Power_n$ 分别表示该类型第 n 条政策文本的政策目标、政策措施、政策力度得分。

$$TPEx=\sum_{n=1}^{N}(Goal_n+Method_n)Power_n \quad 式（1）$$

$$ATPEx=[\sum_{n=1}^{N}(Goal_n+Method_n)Power_n]/N \quad 式（2）$$

1.2.4 政策文件文本编码。借鉴胡晓浩等[19]的政策文本编码方法，以政策文件中涉及居家社区医养结合领域连续性卫生服务的政策工具文本作为分析单元，按照“政策序号－章节号－条款号－段落号－句子号”原则进行编码，共编码 251 项政策工具文本单元（表 2）。

1.3 统计学方法

运用WPS Office 12.1.0.16388建立政策文本数据库，应用公式计算政策文本效力，应用数据透视表对连续性卫生服务指标、政策工具的政策相关分值做交叉汇总和计算，并进行对应分析。采用 SPSS 27.0 统计软件对政策效力分值在连续性卫生服务指标体系中的分布与连续性卫生服务指标体系权重进行 Pearson 相关分析，以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 卫生服务连续性指标政策效力分析

连续性卫生服务指标政策效力分值占比分别为关系连续性 8.62%（242/3 063）、信息连续性 10.61%（325/3 063）、管理连续性 80.77%（2 474/3 063），管理连续性指标占比大幅高于同级其余指标。家庭医生签约服务、就诊集中度、快速应答能力、就诊满意度、健康信息可得性、个人信息可得性、信息互通程度、医疗资源可及性、疾病诊疗连贯性、患者参与度 10 个三级指标的政策效力分值占比分别为 5.55%（170/3 063）、2.35%（72/3 063）、0、0.72%（22/3 063）、6.27%（192/3 063）、0、4.34%（133/3 063）、76.46%（2 342/3 063）、2.12%（65/3 063）、2.19%（67/3 063），医疗资源可及性指标占比远高于同级其余指标，见表 3。Pearson 相关分析结果显示，卫生服务连续性指标对应的权重和政策效力分值占比无相关关系（r=-0.10，P=0.977），见表 4。

2.2 政策工具使用效力分析

政策工具的效力分值占比分别为市场化工具 22.62%（693/3 063）、工商管理技术 67.29%（2 061/3 063）、社会化手段 10.09%（309/3 063），工商管理技术类工具占比大幅高于同级其余指标。民营化、管制与放松管制、合同外包、内部市场、财政补贴、战略管理、绩效管理、顾客导向、目标管理、标杆管理、社区治理、个人与家庭、志愿者服务、行业自律、公众监督 15 个子工具的政策效力分值占比分别为 0.65%（20/3 063）、19.43%（595/3 063）、0.39%（12/3 063）、0.20%（6/3 063）、1.96%（60/3 063）、46.72%（1 431/3 063）、2.87%（88/3 063）、12.90%（395/3 063）、1.27%（39/3 063）、3.53%（108/3 063）、1.60%（49/3 063）、6.69%（205/3 063）、0.49%（15/3 063）、0.78%（24/3 063）、0.52%（16/3 063），战略管理类子工具政策效力分值占比居首位，11 个子工具政策效力分值占比 <5.00%。在市场化工具的子工具中，管制与放松管制子工具政策效力分值占比远高于其他子工具，见表 3。

表 2 居家社区医养结合连续性卫生服务政策文本分析示例

Table 2 Example of the analysis of continuous health service policy text of community-dwelling integrated medical and elderly care

序号	编码	文本	连续性指标	政策工具	政策效力分值（分）			
					政策力度	政策措施	政策目标	总分值
1	1-1-2-1-4-2	有条件的基层医疗卫生机构可因地制宜开展家庭病床服务	医疗资源可及性	战略管理	2	1	1	4
2	1-1-2-2-2	农村地区可探索乡镇卫生院与敬老院、村卫生室与农村幸福院统筹规划，毗邻建设	医疗资源可及性	战略管理	2	2	1	6
3	1-1-3-1-3	支持研发医疗辅助、家庭照护、安防监控、残障辅助、情感陪护等智能服务机器人	医疗资源可及性	战略管理	2	2	1	6
……	……	……	……					
249	41-3-3-10-4	发展社区和居家安宁疗护服务。建立医院、基层医疗卫生机构和家庭相衔接的安宁疗护工作机制和转诊流程	疾病诊疗连贯性	战略管理	1	2	2	4
250	41-3-2-4-2-2	鼓励各地整合老年人健康体检信息，优化老年人健康体检项目，提升健康评估和健康指导能力	患者参与度	顾客导向	1	3	1	4
251	41-3-6-16-3	鼓励中医医师积极参与家庭医生签约服务，为老年人提供个性化中医药服务	患者参与度	顾客导向	1	2	1	3

注：……表示受限于版本，未将内容一一列出。

表 3 居家社区医养结合连续性卫生服务政策总效力交叉分析（分）
Table 3 Cross analysis of total effectiveness of the continuous health service policies of community-dwelling integrated medical and elderly care

政策工具	关系连续性				信息连续性			管理连续性			合计
	固定诊疗关系		医患关系质量		信息获取与感知		信息传递与共享	管理一致性		服务灵活性	
	家庭医生签约服务	就诊集中度	快速应答能力	就诊满意度	健康信息可得性	个人信息可得性	信息互通程度	医疗资源可及性	疾病诊疗连贯性	患者参与度	
市场化工具											
民营化	0	0	0	0	0	0	0	20	0	0	20
管制与放松管制	0	0	0	0	18	0	14	563	0	0	595
合同外包	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	12
内部市场	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	6
财政补贴	0	0	0	0	0	0	0	60	0	0	60
工商管理技术											
战略管理	120	66	0	0	174	0	95	912	48	16	1 431
绩效管理	28	0	0	16	0	0	0	44	0	0	88
顾客导向	22	6	0	6	0	0	24	269	17	51	395
目标管理	0	0	0	0	0	0	0	39	0	0	39
标杆管理	0	0	0	0	0	0	0	108	0	0	108
社会化手段											
社区治理	0	0	0	0	0	0	0	49	0	0	49
个人与家庭	0	0	0	0	0	0	0	205	0	0	205
志愿者服务	0	0	0	0	0	0	0	15	0	0	15
行业自律	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	24
公众监督	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	16
合计	170	72	0	22	192	0	133	2 342	65	67	3 063

表 4 卫生服务连续性指标的权重与政策效力分值占比
Table 4 Comparison of the weights of health service continuity indicators and the proportion of policy effectiveness scores

卫生服务连续性指标	权重	政策效力分值占比（×100.00%）
家庭医生签约服务	0.333 0	0.055 5
就诊集中度	0.135 0	0.023 5
快速应答能力	0.095 0	0
就诊满意度	0.041 0	0.007 2
健康信息可得性	0.114 0	0.062 7
个人信息可得性	0.043 0	0
信息互通程度	0.094 0	0.043 4
医疗资源可及性	0.083 0	0.764 6
疾病诊疗连贯性	0.035 0	0.021 2
患者参与度	0.026 0	0.021 9

2.3 政策平均效力分析

2.3.1 X 维度和 Y 维度政策平均效力。整体政策效力平均分值为 12.20 分。X 维度，关系连续性、信息连续性、管理连续性政策效力平均分值分别为 13.89、16.25、11.67 分，其中信息连续性政策效力平均分值高于总平均分值。Y 维度，市场化工具、工商管理技术、社会化手段政策效力平均分值分别为 16.90、11.45、10.30 分，其中市场化工具政策效力平均分值高于总平均分值，见表 5。

2.3.2 政策措施与政策目标平均效力。整体政策措施平均分值为 3.25 分，政策目标平均分值为 2.80 分，政策措施与政策目标总平均分值为 3.03 分，政策措施平均分值较政策目标平均分值高约 16.07%。X 维度，关系连续性、信息连续性、管理连续性的政策措施平均分值分别为 3.21、3.30、3.25 分，政策目标平均分值分别为 3.00、3.30、2.74 分，政策措施平均分值均高于或等于政策目标平均分值。Y 维度，市场化工具、工商管理技术、社会化手段政策措施平均分值分别为 3.98、3.07、3.37 分，政策目标平均分值分别为 3.61、2.69、2.37 分，政策措施平均分值均高于政策目标平均分值，见表 5。

3 讨论

3.1 政策效力在卫生服务连续性指标中的分布不科学，存在“倒挂”和缺项

我国居家社区医养结合连续性卫生服务政策中，政策效力 80.77% 的绝大部分却分布在重要性权重最低仅 0.144 0 的管理连续性指标上，权重最高 0.604 0 的关系连续性指标仅获得政策效力 8.62% 的最小份额，反映了严重的“倒挂”现象。三级指标中，快速应答能力和个人信息可得性的累计权重为 0.138 0，而二者的政策效



表 5 居家社区医养结合连续性卫生服务政策平均效力交叉分析（分）

Table 5 Cross analysis of average effectiveness of the continuous health service policies of community-dwelling integrated medical and elderly care

政策工具	关系连续性				信息连续性			管理连续性			合计
	固定诊疗关系		医患关系质量		信息获取与感知		信息传递与共享	管理一致性		服务灵活性	
	家庭医生签约服务	就诊集中度	快速应答能力	就诊满意度	健康信息可得性	个人信息可得性	信息互通程度	医疗资源可及性	疾病诊疗连贯性	患者参与度	
市场化工具											
民营化	0	0	0	0	0	0	0	10/3/1	0	0	10/3/1
管制与放松管制	0	0	0	0	9/5/4	0	14/4/3	18.16/4.13/3.87	0	0	17.5/4.18/3.85
合同外包	0	0	0	0	0	0	0	12/3/3	0	0	12/3/3
内部市场	0	0	0	0	0	0	0	6/3/3	0	0	6/3/3
财政补贴	0	0	0	0	0	0	0	20/3/3	0	0	20/3/3
工商管理技术											
战略管理	13.33/2.78/2.78	16.5/3.75/2.5	0	0	24.86/4/4.14	0	10.56/2.33/2.56	12.32/2.72/2.55	5.33/2.33/1.89	16/3/1	12.66/2.78/2.6
绩效管理	28/3/4	0	0	16/4/4	0	0	0	11/3/2.5	0	0	14.67/3.17/3
顾客导向	11/4/4	6/3/3	0	6/3/3	0	0	24/3/3	9.61/3.29/2.64	5.67/3.33/2.33	6.38/2.75/1.38	8.98/3.2/2.48
目标管理	0	0	0	0	0	0	0	9.75/4.75/5	0	0	9.75/4.75/5
标杆管理	0	0	0	0	0	0	0	8.31/4.54/3.38	0	0	8.31/4.54/3.38
社会化手段											
社区治理	0	0	0	0	0	0	0	16.33/3.33/2	0	0	16.33/3.33/2
个人与家庭	0	0	0	0	0	0	0	10.79/3.11/2.63	0	0	10.79/3.11/2.63
志愿者服务	0	0	0	0	0	0	0	5/2.67/2.33	0	0	5/2.67/2.33
行业自律	0	0	0	0	0	0	0	6/5/1	0	0	6/5/1
公众监督	0	0	0	0	0	0	0	16/4/4	0	0	16/4/4
合计	14.17/3/3.08	14.4/3.6/2.6	0	11/3.5/3.5	21.33/4.22/4.11	0	12.09/2.55/2.64	12.26/3.31/2.85	5.42/2.58/2	7.44/2.78/1.33	12.2/3.25/2.8

力分值均为 0 分，政策覆盖出现明显缺项。政策效力分值在卫生服务连续性指标中的分布比重与指标权重之间的 Pearson 相关系数仅为 -0.10，与期望的显著性相关差距甚远。

政策制定的依据来源于科学，卫生政策科学是政策科学和医学的交叉科学。上述分析反映出目前我国居家社区医养结合的连续性卫生服务政策与医学相关理论的协同度不够，存在政策与连续性卫生服务理论脱节的状况，进而导致政策科学性减弱，降低了政策效率。其原因可能是我国医疗卫生服务连续性指数构建研究相关成果产生于相对较晚的 2022 年[12]，而我国 2000 年已开始有政策涉及居家社区老年人的连续性医疗相关内容[20]。在我国医疗卫生服务连续性指数构建研究相关成果产生之前，居家社区医养结合的连续性卫生服务政策制定主要侧重于建立管理体制机制，对具体指标的完善和老年人获得感的实现尚不够深入。

3.2 政策工具使用过于侧重宏观引导，缺乏对市场主体的经济刺激，驱动力不足

政策执行是将政策目标转化为现实的唯一途径，没有执行的政策无法产生现实意义。政策工具的选择对政策执行效果有重要影响，应根据所在的环境与条件，选择有利于政策执行的政策工具。史密斯作为政策执行基本理论分析框架的首创者，提出的史密斯政策执行过程模型将影响政策执行结果主要因素总结为理想化政策、执行机构、目标群体和环境因素（图 2）[21]。

我国医养结合领域整体发展还不成熟。作为医养结合相关政策的执行者，政府部门工作任务诸多，并无深入、持续参与医养结合的动机和意愿；中小型医疗机构普遍面临运营压力，将医养结合视为发展新契机；多数大型医疗机构参与医养结合主要是应对政府部门的要求，参与意愿不高且运行情况一般[22]；民众参与基层治理不足，党的十九大以来，各级政府也积极推动民众参与基层治理，国家出台了相关法律制度，然而由于种

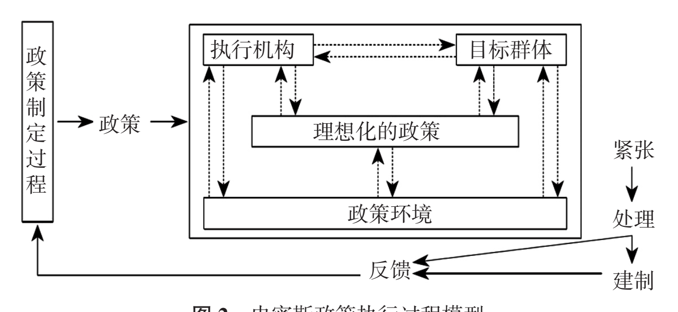


图 2 史密斯政策执行过程模型

Figure 2 Smith policy implementation model

种原因，这些实践效果并不尽如人意[23]。作为医养结合的目标群体，老年群体诉求力较弱、购买力不足[24]，难以干预并融入医养结合的发展。在政策环境方面，中国医养结合实践目前整体仍处于试点阶段，存在进度不统一、实践模式多样、探索成本高、保障水平差异大、实施效果不尽如人意等问题[25]。

我国居家社区医养结合的连续性卫生服务政策工具使用中，工商管理技术类工具效力投入达67.29%，市场化工具仅为22.62%，过于侧重使用工商管理技术类工具，市场化工具使用不足。相较于能够直接对市场主体进行利益驱动的市场化工具，工商管理技术类政策工具侧重于对行业发展的规划引导，社会化手段类政策工具需要依靠公民参与公共治理的主动性。在目前我国医养结合行业整体发展尚不成熟、政策执行难度较大的情况下，工商管理技术类工具可能受到执行组织、目标团体、政策环境等因素影响而效果不理想，社会化手段类工具可能因公民社会发展不够成熟而作用不够明显，而市场化工具能够对行业发展产生更直接、更快、更强的刺激作用，现阶段应加大市场化工具的使用力度。

3.3 政策存在低效力重复和措施目标不平衡问题，具体化程度不高

3.3.1 低效力重复现象。管理连续性政策效力分值占比高达80.77%，然而其政策效力平均分值仅为11.67分，低于整体政策平均效力分值12.20分。工商管理技术类政策效力分值占比高达67.29%，但其政策效力平均分值仅为11.45分，也低于整体政策平均效力分值12.20分。说明管理连续性政策和工商管理技术类政策存在政策文本单元效力偏低，但大量重复的现象。针对同样问题制定的政策数量越多一定程度上说明政府重视程度更高，但较低效力的政策在政策执行中受到的重视程度与可操作性也相应较低，尤其是措施与目标具体化程度较低，容易导致执行机构“象征性执行”的怠慢行为。在保证政策发布数量的同时应兼顾政策的平均效力。

3.3.2 措施与目标效力不平衡。政策平均措施分值整体高于目标分值16.07%，表明政策措施与目标效力缺乏匹配，存在政策措施的效力普遍强于政策目标效力的“重措施，轻目标”情况，政策目标是衡量政策效果的标准，也对政策措施执行起到督促作用，政策目标效力低于措施效力容易导致部分政策措施无目标约束，降低部分措施的执行效率，也不利于政策效果评估。

3.3.3 具体化程度不高。医养结合政策量化指标与标准中，总分为5.00分，3.00分为政策具体化的临界分值，高于3.00分表示政策措施有执行标准，政策目标有量化标准，≤3.00分则没有执行标准或量化标准[10]。我国居家社区医养结合连续性卫生服务政策措施与效力总平均分值为3.03分，接近临界分值3.00分，措施平均分值3.25分、目标平均分值2.80分，也在临界分值上下，表明政策整体具体化程度不高，明显缺乏执行标准与量化标准。这对政策的执行产生了较大不确定性。

4 建议

4.1 政策均衡覆盖卫生服务连续性指标，注重提升居家社区老人获得感

“政策好不好，要看乡亲们是哭还是笑”[26]。评价居家社区医养结合连续性卫生服务政策的最终标准是居家社区老年人是否有足够的获得感。我国居家社区医养结合的政策制定中应及时应用卫生服务连续性指标体系研究成果，征求并参考医药卫生等相关领域专家意见，将研究成果转化到政策中。政策效力应尽量按照权重科学覆盖卫生服务连续性指标体系中的每项指标，不要出现失衡或缺项的情况，尤其要在最主要的、重要性权重达0.604的关系连续性指标上投入比重相匹配的政策效力。这样不仅能够提高政策效率，还可以提高政策直接受益群众的满意度，加快我国应对人口老龄化政策的落实，对践行“以人为本”的社会主义核心价值理念具有重要意义。

4.2 优化政策工具使用结构，加大市场化工具使用力度

现阶段要加大市场化工具使用力度，将市场化工具作为3类政策工具中最主要的政策工具，将其政策效力分值比重从现在的22.62%提升至33.33%以上，强化对医疗机构等居家社区医养结合市场主体的经济刺激。在市场化工具子工具使用中，尽量科学使用多种子工具，避免过度依靠管制与放松管制或其他个别子工具。加大合同外包、财政补贴、分权与权力下放工具的使用力度。政府合同外包和财政补贴可以直接刺激相关医疗机构、社会组织、企业等的积极性；分权与权力下放可优化行政审批流程，为市场主体经营活动提供便利。

4.3 平衡政策措施与目标效力，提高政策具体化程度

居家社区医养结合连续性卫生服务政策的措施与目标效力平均分值应从3.03分提高至3.50分及以上，增加措施执行标准和目标量化标准的内容，达到一定程度的具体化，同时避免政策低效力重复。将政策措施与目标效力平均分值的差距从现在的16.07%降低到10%以内，尽量维持二者的平衡，避免“有措施无目标”或“有目标无措施”的政策不明确情形，在政策高度重视的同时兼顾政策执行的便利性和可操作性，尽量降低政策执行阻力，重视政策的高效执行与效果实现。

作者贡献：胡哲涛负责提出选题方向，负责文章整体构思和设计、研究资料收集与整理、文章撰写与修订；潘小毅对文章监督管理，整体负责。

本文无利益冲突。

胡哲涛 https://orcid.org/0009-0006-4685-9058

参考文献

[1] 卫生健康委，教育部，科技部．“十四五”健康老龄化规划［A/OL］．（2022-02-07）［2024-05-01］．https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5692863.htm.

[2] 赵君，刘思琦，袁莎莎，等．我国居家社区医养结合服务人力政策分析［J］．中国卫生政策研究，2023，16（3）：63-69.

[3] 冀保玉，张建英．乡村振兴背景下农村医养结合养老政策执行的优化路径研究：以H省为例［J］．行政与法，2024（1）：95-105. DOI：10.3969/j.issn.1007-8207.2024.01.008.

[4] 刘瑞韫，陆方，刘羽佳．政策工具视角下医养结合机构医生相关政策分析［J］．卫生经济研究，2023，40（11）：25-29. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.11.009.

[5] 刘羽佳，陆方，刘瑞韫．政策工具视角下的国家医养结合试点城市养老护理员政策研究［J］．护理学报，2023，30（17）：24-28. DOI：10.16460/j.issn1008-9969.2023.17.024.

[6] 戴卫东，汪倩格，朱儒城，等．长期护理保险试点政策的特征、问题与路径优化：基于两批29个国家试点城市政策的比较分析［J］．中国软科学，2022（10）：41-50.

[7] 袁莎莎，刘思琦，黄洁，等．我国居家社区医养结合服务筹资政策分析［J］．中国卫生政策研究，2022，15（8）：17-23.

[8] 郭跃伟，毛君，王明永，等．基于政策工具的河南省医养结合政策文本分析［J］．中国卫生事业管理，2024，41（2）：225-230.

[9] 车峰，马峥嵘．健康中国背景下医养结合服务政策内容分析与优化建议：基于政策工具与参与主体的二维视角［J］．学习论坛，2024，40（1）：78-84.

[10] 陈露，贾婷婷，马芳，等．政策工具视角下中国医养结合政策效力量化评价［J］．中国卫生事业管理，2022，39（5）：331-334，389.

[11] 陈振明．公共政策分析［M］．北京：中国人民大学出版社，2003.

[12] 韦倩晨，袁蓓蓓，徐进，等．医疗卫生服务连续性指数构建研究［J］．中国卫生政策研究，2022，15（11）：11-16.

[13] 李伯阳，叶婷，孙学勤，等．我国连续性卫生服务的概念框架探讨［J］．中国卫生经济，2011，30（1）：8-10. DOI：10.3969/j.issn.1003-0743.2011.01.004.

[14] ROGERS J，CURTIS P. The achievement of continuity of care in a primary care training program［J］. Am J Public Health，1980，70（5）：528-530.

[15] FREEMAN G K，OLESEN F，HJORTDAHL P. Continuity of care：an essential element of modern general practice?［J］. Fam Pract，2003，20（6）：623-627. DOI：10.1093/fampra/cmg601.

[16] OSBORNE D，GAEBLER T. 改革政府：企业家精神如何改革着公共部门［M］．周敦仁，译．上海：上海译文出版社，2006.

[17] ROTHWELL R，ZEGVELD W. Reindusdalization and technology［M］. London：Logman Group Limited，1985.

[18] 陈振明．政府工具导论［M］．北京：北京大学出版社，2009.

[19] 胡晓洁，王凡，刘春平．基于政策工具的我国医养结合政策文本分析［J］．中国医院管理，2022，42（11）：40-43.

[20] 中共中央、国务院关于加强老龄工作的决定［A/OL］．（2000-08-21）［2024-05-01］．http://www.nhc.gov.cn/jtfzs/jslgf/201307/e9f0bbfea6c742ec9b832e2021a02eac.shtml.

[21] SMITH T B. The policy implementation process［J］. Policy Sci，1973，4（2）：197-209. DOI：10.1007/BF01405732.

[22] 石燕，陈友华．医疗机构开展医养结合服务的社会行动系统研究［J］．卫生经济研究，2023，40（7）：28-31. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.07.023.

[23] 苗红娜．个人利益、公共利益抑或制度要求：公民参与基层社会治理的动因分析［J］．经济社会体制比较，2024（4）：122-132.

[24] 邓大松，李玉娇．医养结合养老模式：制度理性、供需困境与模式创新［J］．新疆师范大学学报（哲学社会科学版），2018，39（1）：107-114，2. DOI：10.14100/j.cnki.65-1039/g4.2018.01.011.

[25] 杨翠迎．中国医养结合实践的理性思考：非均衡性与未来发展［J］．社会保障评论，2023，7（5）：68-85.

[26] 新华社．习近平在贵州调研时强调看清形势适应趋势发挥优势 善于运用辩证思维谋划发展［EB/OL］．（2015-06-18）［2024-05-01］．https://www.gov.cn/xinwen/2015-06/18/content_2881604.htm.

（收稿日期：2024-09-04；修回日期：2024-12-19）

（本文编辑：王凤微）